

ANNEE 1940

THÈSE

N°

229

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Yves, Marius MARHIC

Né le 21 Décembre 1914, à IRVILLAC (Finistère)

Ancien Interne de l'Hôpital de Brest

**D'UN CAS DE LÈPRE AUTOCHTONE
EN BRETAGNE
ET DE SON TRAITEMENT**

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1940

ANNEE 1940

THÈSE

N° _____
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Yves, Marius MARHIC

Né le 21 Décembre 1914, à IRVILLAC (Finistère)

Ancien Interne de l'Hôpital de Brest

D'UN CAS DE LÈPRE AUTOCHTONE EN BRETAGNE ET DE SON TRAITEMENT

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1940

I. — Professeurs

Anatomie.	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale.	Léon BINET.
Chimie médicale.	STROHL.
Bactériologie.	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	Robert DEBRE.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale.	BAUDOUIN.
	PASTEUR-VAL- LERY-RADOT.
Pathologie chirurgicale.	MONDOR.
Anatomie pathologique.	LEROUX.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée.	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL- LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GULLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique.	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	HARVIER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique.	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	TROISIÈME.
Clinique cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie.	LAUBRY.
Assistance médico-sociale.	Clovis VINCENT.
	N...
Professeurs sans chaire.	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
AMELINE	DEGREZ (H.).. Physique.
BARIETY	DESOLLE Médecine légale.
BERNARD Et.. Pathologie médicale.	DIGONNET Obstétrique.
BESANÇON (J.) Hydrologie.	DOGNON Physique.
BONNET	FEVRE
BOULANGER ... Chimie.	FUNK- BRENTANO.. Pathologie chirurgicale.
BOULIN	GALLIARD ... Parasitologie.
BROUET	GARCIN
BULLIARD	Mlle GAUTHIER- VILLARS.. Anatomie pathologique.
CACHERA	GAYET
CORDIER	DE GENNES ... Pathologie médicale.
COSTE	GIROUD
COUVELAIRE (R.) Urologie.	HAGUENAU Pathologie médicale.
DELARUE	
DELAY	

MM.	
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL ..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LENEGRE	Pathologie médicale.
LEVY (M ^{me} J.)..	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.

MM.	
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHFT	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.	
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU- IEMAIRE	Parasitologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.
BRULE	
CATHALA	
CHABROL	
CHEVALLIER..	
DONZELOT	
DUVOIR	
GASTINEL	
HUGUENIN	
LAROCHE (G.).	
LIAN	} Clinique chirurgicale
MOREAU	
PIEDELIEVRE.	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCQ	
CADENAT	
GATELIER	
DE GAUDART- D'ALLAINES.	
LEVEUF	
MOULONGUET.	
MOURE	
QUEU	} Clinique obstétricale
ECALLE	
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MES GRANDS-PARENTS

A MON BEAU-PERE, A MA MERE

*Dont le dévouement et la sollicitude m'ont
permis de faire les études médicales.
Témoignage de reconnaissance filiale.*

A MON FRERE

AUX MIENS ET A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

*Qui a bien voulu nous faire le grand hon-
neur d'accepter la présidence de cette thèse.*

A MON MAITRE LE DOCTEUR GOUIN

*Qui m'a fourni les éléments de ce travail.
Hommage de profonde admiration et de
respectueuse reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BIENVENUE

Mes vifs remerciements.

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE RENNES,
DE L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE DE SAINT-MÉEN
ET DES HOSPICES CIVILS DE BREST

INTRODUCTION

La présence d'une lèpre dans un service dermatologique de Province suscite toujours une certaine curiosité; mais, s'il s'agit d'une lèpre autochtone bretonne, l'événement prend de ce fait, une tout autre importance. Serait-ce donc vrai qu'il existe encore de la lèpre en Bretagne?

Nous venons de terminer nos cinq années de médecine de Bretagne, le malade qui fait l'objet de notre travail est une curiosité pour nous à un double point de vue: c'est le premier cas de lèpre que nous rencontrons et c'est une lèpre bretonne.

Etant Breton, de langue bretonne, cultivant avec amour tout ce qui est celte, nous avons porté le plus grand intérêt à ce malade; son village est non loin du nôtre. A l'hôpital, nous avons continué son traitement pendant six mois, et, à son sujet, le Docteur Gouin, chef du Service, avec la compétence qui le caractérise, nous a exposé ses opinions sur la lèpre en Bretagne.

De plus, le traitement qui lui a été fait, diffère de celui qu'on trouve dans les livres classiques. Il nous a donc paru intéressant de choisir ce cas de lèpre autochtone comme sujet de notre thèse.

Le premier chapitre est réservé à l'historique de la lèpre en Bretagne; il sera d'ailleurs fort bref, notre

but est de mettre au point, une fois pour toutes, la question de la fréquence de la lèpre en Bretagne.

Dans le deuxième chapitre nous donnerons l'observation de ce cas de lèpre autochtone; observation intéressante puisqu'il s'agit de lèpre autochtone à bacilles de Hansen, qu'elle constitue une des très rares observations, d'une rareté exceptionnelle, relatées en Bretagne et qu'elle montre l'action d'une thérapeutique qui n'avait pas été encore employée jusqu'ici.

Dans le troisième chapitre, nous essaierons de résumer, d'après les notes que nous avons prises dans le service, les raisons qui ont conduit le Docteur Gouin à essayer dans ce cas de lèpre, la thérapeutique par les antisiphilitiques et les sels d'or administrés simultanément. Ce traitement « mixte simultané » a fait ses preuves et pendant nos 6 mois d'internat dans le service, nous l'y avons appliqué dans certaines tuberculoses cutanées, tuberculides, lupus érythémateux, pelades, lichens-plans, psoriasis, etc. Il était logique de l'essayer dans un cas de lèpre, étant donné les similitudes que le Docteur Gouin constate entre la lèpre d'une part et, d'autre part, les affections que nous venons de citer. Ces réactions de la lèpre sont à étudier : en l'absence de traitement, au cours des maladies intercurrentes, avec les différentes thérapeutiques physiques ou de choc ou de désensibilisation, avec les traitements antisiphilitiques ou antituberculeux et enfin avec le traitement « *mixte simultané* » qui combine dans la même séance un antisiphilitique et un sel d'or.

CHAPITRE PREMIER

LA LÈPRE EN BRETAGNE

Dans cet historique, un nom s'impose; celui du léprologue de Constantinople, « Zambaco Pacha ». C'est, en effet, depuis sa fameuse communication à l'Académie de Médecine, en 1892, qu'on a coutume de dire qu'il y a de la lèpre autochtone en Bretagne. Les livres classiques français antérieurs à cette date ne mentionnaient pas la Bretagne comme pays à lèpre; que s'est-il donc passé? La Bretagne est-elle devenue brusquement un pays à lèpre?

Il est pour ainsi dire impossible de fixer la date d'apparition de la lèpre en Bretagne.

Zambaco veut que les Phéniciens l'aient apportée, c'est une hypothèse.

Willis assure que les Cornouaillais d'Irlande avaient de la lèpre et qu'au ^{vii}^e siècle, Saint-Fuinan d'Irlande est appelé Labor, c'est-à-dire lépreux. On connaît les échanges qui eurent lieu entre la Bretagne et l'Irlande à cette époque.

Trévedy raconte qu'il y avait de la lèpre en haute Bretagne avant le ^{vii}^e siècle. Tout cela est fort possible et vraisemblable. De plus, Normands et Bretons

sont allés aux croisades, qu'ils en aient rapporté des maladies, y compris la lèpre, c'est possible. Toutefois on ne peut dire qu'il y ait eu autrefois plus de lépreux en Bretagne que dans les autres provinces de France.

D'ailleurs, la littérature médicale sur la lèpre en Bretagne est très pauvre. Nous ne connaissons pas d'étude médicale sur cette question avant la fin du ^{xix}^e siècle.

L'origine de ces travaux, et encore sont-ils peu nombreux, remonte à 1892, c'est-à-dire après les publications de Morvan sur le panaris analgésique en 1883. Morvan, de Lannilis, Prouff, de Morlaix firent paraître, de 1883 à 1889, des notes sur le syndrome dit de Morvan. La lecture de ces travaux décida Zambaco Pacha à entreprendre, en 1892 et 1893, des voyages en Bretagne. On sait aussi que Jeanselme et Hallopeau firent le même pèlerinage. Le Docteur Gouin nous raconte que le professeur Netter vint plusieurs fois chez le Docteur Loussot, de Landivisiau, qui avait connu Morvan et était ami de Prouff ; Loussot lui montrait un lépreux connu depuis sous le nom de « Lépreux de Netter ». C'est bien à l'occasion des publications de Morvan sur le panaris analgésique, depuis les communications de Zambaco à l'Académie de Médecine, en 1892, et aussi de ses querelles avec Charcot et autres médecins de la Salpêtrière, depuis la fin du ^{xix}^e siècle donc, qu'il est courant de dire qu'il y a de la lèpre autochtone en Bretagne. Zambaco l'avait affirmé.

Nous n'avons nullement l'intention de défendre notre petite patrie, l'histoire, la légende racontent qu'il y a eu des « Caquous » en Bretagne, qu'il y ait eu des léproseries, des maladreries, c'est-à-dire de petites maisons isolées où les lépreux étaient tenus de vivre, tout cela est vrai probablement. Mais en Bretagne, comme à Paris et dans le reste de la France, il est curieux de noter qu'à la fin du xv^e siècle, la lèpre semble avoir brusquement diminué dans des proportions telles, que depuis cette date « Léproseries », « maladreries » ont disparu. Seul en est resté le souvenir. En Bretagne, il ne semble pas que les léproseries furent remplacées comme à Paris par des hôpitaux de vénériens. C'est en effet à la fin du xv^e siècle que les édits royaux ordonnèrent l'ouverture des hôpitaux vénériens, pour y mettre les porteurs de la nouvelle maladie: la syphilis. En Bretagne, l'arrêté royal du 24 août 1693, semble consacrer la quasi disparition de la lèpre, puisqu'il transforme les léproseries, Maisons Dieu, en établissements hospitaliers ; un siècle de retard pour la Bretagne, c'est peu de chose.

On est tenté de se demander si la syphilis n'a pas chassé la lèpre. En tous cas, on est obligé de constater que la lèpre officiellement avait disparu, puisque l'Etat jugeait inutile de conserver des endroits spéciaux pour lépreux.

On serait en droit de se poser une question, mais elle défie toute réponse: Toutes ces léproseries, toutes ces maladreries abritaient-elles bien des lépreux? N'y avait-il pas, parmi tous ces « caquous » des gens

atteints d'affections autres que la lèpre: psoriasis, cancer ulcéré, lupus tuberculeux, syphilis, etc...

Ce n'est pas dans le passé qu'il faut chercher une réponse, il vaut mieux la demander au présent. De nos jours, existe-t-il encore de la lèpre en Bretagne?

Avant la fin du xix^e siècle, les livres dermatologiques classiques ne signalaient pas la Bretagne comme pays à lèpre et on serait tenté de s'écrier: « enfin Zambaco vint! » En effet, c'est bien à ce moment que la lèpre entre sinon en Bretagne, du moins dans les livres classiques.

Puisqu'il est écrit qu'il y a de la lèpre autochtone en Bretagne, on doit pouvoir en trouver des cas dans la littérature médicale. Cette littérature est d'une pauvreté remarquable.

Il y a la thèse de Plateau, en 1904; mais dans cette thèse, l'auteur donne uniquement des observations de panaris de Morvan; il n'y en a aucune de lèpre. Il raconte que Zambaco trouva une lèpre à Guimiliau, s'extasia sur les mendiants de Rumengol; que Jeanselme visita les Côtes-du-Nord, mais que la lèpre lui paraît « problématique »; que Prouff a signalé l'existence d'un cas de lèpre à Morlaix, mais que le malade a fait campagne en Crimée. Qu'en 1891, Jeanselme observe un cas de lèpre chez un Breton de Pédernec (Côtes-du-Nord) et que d'après son enquête il n'a jamais navigué. Jusqu'en 1904, c'est tout, comme cas de lèpre et Plateau de conclure: « Si des cas de lèpre existent en Bretagne, ils sont encore à l'état de trouvaille. La lèpre est actuellement disparue de Breta-

gne, cependant de rares observations permettent de croire à l'existence possible d'une lèpre autochtone dont la cause pourrait se rattacher à une survivance du fléau dans la région. » Depuis la thèse de Plateau jusqu'en 1911, nous ne connaissons pas de travaux sur la lèpre en Bretagne.

En 1911, le Dr Le Noble, de Brest, avec Baron, son interne, relate à la Société Médicale des Hôpitaux l'histoire d'un malade qui a fait l'objet de plusieurs communications à Paris, et Le Noble considérait ce malade, que le Docteur Gouin a connu, comme une lèpre non autochtone. C'était un artiste lyrique qui avait parcouru le monde, et avait séjourné longtemps dans des pays à lèpre. Le professeur Achard dans la « Clinique Médicale de l'hôpital Baujon », relate que Le Noble lui avait signalé à ce moment un cas de lèpre, et un autre cas observé par le Docteur Gouin, dont l'observation n'a jamais été publiée.

« Ce second lépreux était marin, nous dit le Docteur Gouin, et me fut envoyé pour crises tabétiques de l'estomac. Je fis le diagnostic de lèpre, il présentait une seule lépride à la face externe de la jambe droite et un syndrome gastrique très douloureux. Je le montrai à Le Noble, à l'hôpital; la recherche du bacille de Hansen s'avéra positive. Je lui donnai un certificat d'aggravation pour la marine. Quelques jours après, j'appris qu'il s'était suicidé. »

A ce sujet, notre Maître, dans son service, a toujours insisté sur l'inconvénient qu'il peut y avoir à révéler, dans certains cas, au malade, la nature de

son affection. Le malade qui fait l'objet de cette thèse ignore quelle est sa maladie. A propos du marin, il s'agissait bien d'un Breton, mais il avait contracté sa lèpre aux colonies.

Le Docteur Gouin a observé d'autres cas de lèpre, mais non autochtones. Ainsi une Bretonne, femme d'un officier supérieur, qui avait fait dix-huit années de colonies et que le Docteur Gouin envoya à Brocq pour confirmation de diagnostic. Lèpre à bacille de Hansen, lui fut-il répondu.

« Il était impossible, nous disait fréquemment notre chef de service à l'hôpital, de dire lèpre autochtone chez cette femme qui avait habité successivement le Tonkin, l'Indochine et autres colonies et qui avait couché mainte et mainte fois dans des cases indigènes. Elle retourna malgré nous aux colonies, où elle mourut deux ans après. »

J'ai observé plusieurs autres cas de lèpre chez des étrangers, nous dit encore notre maître. Le dernier, c'était un jeune Espagnol atteint de lèpre léonine. Il était plongeur dans un restaurant. Si nous rappelons cet exemple de lèpre léonine, c'est que chez lui furent expérimentés la radiothérapie sympathique et le 914. Ce malade fut ensuite envoyé à Paris.

En 1933, sur la demande du docteur Milian, le docteur Gouin eut l'occasion de faire une nouvelle enquête en Bretagne et écrivit aux médecins de cinq départements bretons, susceptibles de lui donner des renseignements. Cette enquête fut négative. Néanmoins, grâce au docteur Loussot, de Landivisiau, le

docteur Gouin put observer deux cas de lèpre chez des femmes de Landivisiau; ces deux cas sont relatés dans la *Revue de Dermatologie et de Vénérologie* (juin 1933). Dans l'observation I, la recherche du bacille ne put être faite, dans l'observation II, la mise en évidence du bacille fut effectuée à plusieurs reprises.

En mars 1938, le docteur Gouin eut l'occasion d'observer un nouveau cas de lèpre autochtone à bacille de Hansen. Ce malade fait l'objet de notre thèse.

Chez aucun de ces trois malades, ni les parents, ni les grands-parents n'avaient quitté le pays; il n'y avait aucun marin ni colonial dans la famille.

Nous avons fait une enquête personnelle sur notre malade. Il est du village de K..., près de Poullaouen, de famille paysanne; il n'y a jamais eu de marin, ni autrefois, ni actuellement, dans sa famille.

Ces trois observations sont les trois seuls cas de lèpre autochtone que le docteur Gouin ait observé en Bretagne en l'espace de 28 ans.

Voici maintenant l'opinion de Prouff, citée par le professeur Achard, sur les deux lépreux de Zambaco.

« Je n'ai vu avec lui que deux cas de lèpre indiscutables : c'était à Lampaul-Guimiliau. C'étaient le neveu et l'oncle. Ils habitaient la même maison. Le neveu avait habité assez longtemps, comme colonial, des pays à lèpre, et sa maladie s'était déclarée à Lampaul, assez longtemps après son congé terminé. L'oncle ne contracta la maladie que 4 ans après le neveu. Tous deux en moururent au bout de six à sept ans. »

Depuis 1933, le docteur Laferre a publié deux cas de lèpre sans bacille chez deux hommes de Plougastel-Daoulas. Mais^e étaient-ce véritablement des lépreux ? Le fait que l'auteur a donné comme titre à sa communication « Lèpre autochtone bretonne, maladie de Morvan, syringomyélie », laisse matière à discussion, quoique nous sachions qu'il puisse exister des lèpres sans bacilles.

Si maintenant nous faisons le bilan des cas de lèpre en Bretagne, observés depuis 1892, nous trouvons à cette époque les deux lépreux de Zambaco-Pacha, le lépreux de Loussot connu sous le nom de lépreux de Netter, le lépreux de Jeanselme (Pédernek) ; les trois cas de lèpre du docteur Gouin, dont deux avec bacilles ; ajoutons-y maintenant le point d'interrogation des deux lépreux du docteur Laferre. Cela fait en tout 9 lépreux observés depuis 1892 jusqu'en 1940.

Nous supposons que les deux lépreux de Prouff et Zambaco étaient à bacilles, mais ils n'étaient pas autochtones.

Il ne reste plus que sept cas de lèpre autochtone. Sur ces sept cas, il y a le lépreux de Netter ; le diagnostic de lèpre ne doit pas être mis en doute, ayant été fait pas le professeur Netter et le docteur Loussot ; retenons-le pour notre thèse, cela fait un cas.

Le lépreux de Jeanselme, cela en fait deux ; les trois lépreux du docteur Gouin, dont deux à bacilles, qui font les quatrième et cinquième cas. Les deux lépreux probables du docteur Laferre, cela fait sept cas pour la Bretagne en un demi-siècle.

Nous ne comptons pas comme cas de lèpre les cas de panaris de Morvan. La « paréso-analgésie » de Morvan est un syndrome qui peut être réalisé par différentes maladies; il tend à devenir de plus en plus rare en Bretagne; les deux dernières observations relatées dans la région finistérienne étaient publiées dans la thèse de notre prédécesseur dans le service, le docteur Fournier; et en juin 1933, notre maître écrivait: « Le panaris de Morvan est actuellement presque aussi rare que la lèpre en Bretagne. »

Nos conclusions sont identiques à celles du docteur Plateau: La lèpre n'est pas plus fréquente en Bretagne que dans les autres provinces de la France. Bien que les livres classiques répètent depuis Zambaco-Pacha, que la Bretagne est un pays à lèpre, elle y est d'une exceptionnelle rareté et il faut vraiment la chercher pour la trouver.

CHAPITRE II

Nous donnerons maintenant l'observation de cette lèpre autochtone-mixte (cutanée et trophonévritique).

Nous avons vu le malade pour la dernière fois le 2 décembre 1939; le docteur Gouin le fit venir dans le service lors d'une permission de 24 heures que nous avons pu obtenir. Nous tenions, avant de rédiger notre thèse, à revoir encore une fois notre malade.

Cette observation a déjà été rapportée en partie dans la thèse de notre prédécesseur, le docteur Fournier, traitant « De la thérapeutique antisyphilitique en dermatologie ».

OBSERVATION

(Docteurs GOUIN, FOURNIER, MARHIC)

Ru... Jean-Louis, 35 ans, travaille actuellement à Brest comme manœuvre, autrefois fermier à P... Envoyé par le docteur Andrieux, de Carhaix.

Lèpre autochtone mixte, à prédominance droite, se présente le 30 mars 1938 à la consultation de l'hôpital (Service dermatologie).

A. H. — Père et mère vivants; n'ont jamais quitté le pays, ont eu 7 enfants dont le malade et 4 frères et une sœur bien portants; une sœur morte à cinq

ans (suites de brûlures), pas d'enfants morts en bas âge, pas de fausse couche.

A. P. — A 15 ans, il fait une grippe (4 jours); a fait son service militaire; à sa libération, a fait une pneumonie. Cultivateur, s'est marié à 21 ans, est venu à Brest travailler comme manœuvre en mars 1938).

Le malade ne peut préciser la date à laquelle remonte son affection (2 ans et demi environ).

Marié, femme bien portante, 3 enfants bien portants, ils n'ont jamais quitté le pays, lui non plus.

Examen

Le malade est robuste, bien musclé, haut en couleur, de taille moyenne, a les cheveux noirs.

Le malade présente des lésions cutanées généralisées, des ulcérations aux mains, aux pieds et aux deux oreilles. L'oreille droite est déchiquetée, le nez ne présente rien; le pouce droit est globuleux; sur la joue droite, tumeur ovoïde et violinée, non suppurée et non mobile, dure.

Sur le corps, quelques petites nodosités, tumeurs violinées, épaule, cuisse, avant-bras droit. Enfin un semis de papules siège à la face dorsale et thoracique antérieure, s'arrêtant aux lombes.

Le malade transpire, la peau est séborrhéique.

Les troubles des extrémités des membres auraient commencé il y a deux ans. L'état général du malade est bon. C'est un buveur (pituïte matinale, crampe dans les mollets).

Il a des rêves, des pertes séminales, du tremblement; il ne digère pas les graisses.

Pas de désordre dentaire, mais il ne présente pas d'appendice xyphoïde.

L'auscultation ne révèle rien au point de vue pulmonaire; le foie et la rate ne sont pas augmentés.

LÉSIONS PROPREMENT DITES.

A. — *Extrémités.*

1° *La main droite* seule présente des ulcérations, le pouce est augmenté de volume, il est fusiforme, effilé à son extrémité, il donne l'aspect d'un spina ventosa, mais la peau n'est pas rouge, elle est violacée et la flexion est impossible; il est le siège de douleurs spontanées et au toucher, il n'est pas chaud, ne présente aucune ulcération, l'ongle est indemne.

Le médius présente à la face dorsale une ulcération fissuraire profonde, de 3 à 4 mm. de largeur, l'ongle est spongieux, noirci et criblé d'ulcérations; les troubles sont localisés à la phalangette.

Le petit doigt présente une ulcération fissuraire analogue, mais de dimension moindre.

2° *Main gauche* paraît saine.

3° *Orteils.* — Des lésions plus accentuées qu'aux mains siègent au niveau du 2° orteil droit et gauche et forment à gauche une véritable ulcération de la grandeur d'une pièce de 0,50, envahissant la matrice et l'ongle sur la face dorsale de la phalange et de la phalangette.

La marche est difficile et douloureuse. A noter que

les mains et les pieds réalisent en outre le début du syndrome de Raynaud: douleurs spontanées avec crises blanches s'étendant à tous les doigts des mains et des pieds.

4° *Lésions des oreilles.* — L'oreille gauche est atrophiée, violette, les bourrelets sont presque disparus, elle ne présente pas d'ulcération, elle est le siège de vagues de chaleur et de froid et de phénomènes douloureux intermittents. L'oreille droite est complètement déchiquetée et présente des ulcérations s'étendant à toute l'oreille: bourrelet, face antérieure et postérieure.

B. — Autres lésions cutanées.

La plus grave siège au niveau de la région mammaire droite, c'est une tumeur rouge violinée, légèrement ulcérée, ne laissant sourdre aucun liquide; elle est dure, ligneuse et difficilement mobilisable, de la dimension d'une noix.

Sur le deltoïde droit existe une tumeur plus petite, olivaire, non ulcérée, rouge vineux, indurée, d'aspect chéloidien; de même sur l'avant-bras droit, on trouve une lésion du même aspect, mais plus petite.

Mais sur l'avant-bras et le bras sont apparues, dit le malade, de petites lésions papulo-croûteuses, disposées avec symétrie, et qui ont laissé une pigmentation.

Rhinite chronique : écoulement nasal continu.

Nerf cubital à droite et à gauche, surtout à droite: Au niveau du coude et dans sa région distale, le cu-

bital se révèle avec 3 nodosités, dont l'une antérieure est plus grosse (presque comme une noisette).

Il n'y a pas d'olgie, pas de prurit.

ANESTHÉSIE.

1) *Chaud et froid.* Sur tout le trajet de l'avant-bras droit, le malade accuse un retard à la perception au chaud et au froid, plus accentué encore à la face plantaire gauche et de plus existant au niveau des deux mains.

2) *A la piqure.* Aux extrémités palmaires et plantaires existent des zones d'anesthésie irrégulièrement disposées dans lesquelles on peut planter une aiguille sans provoquer de douleur.

Ailleurs, perception au toucher parfaite.

ATROPHIE MUSCULAIRE.

L'atrophie des régions thénar gauche et droite est complète.

RECHERCHES DU BACILLE DE HANSEN.

Le 6 avril, un frottis du mucus nasal révèle quelques rares bacilles acido et alcoolo-résistants, ressemblant au bacille de Hansen.

Le malade est mis à l'iodure de potassium (Leredde, Pautrier) (10 gr. en 3 jours) : la sécrétion nasale est augmentée et l'on trouve à l'examen microscopique : des globis bourrés de bacilles de Hansen, le 12 avril 1938.

7 Avril 1938. Le B.-W. est (————) index 3; Ver-
nes = 0 (sérum empêchant).

En conclusion : le 12 avril 1938 : diagnostic positif certain.

Lèpre mixte trophoneurotique à prédominance du côté droit : atteinte des extrémités des membres, hypertrophie du nerf cubital, lésions cutanées et lésions osseuses (Voir radiographie). Bacille de Hansen positif, pas de paralysie faciale, rien aux sourcils, rien au nez.

Le 7 avril 1938 : Leucocyto-réaction au néo : Avant 7.196; 2 heures après l'injection : 10.794; leucocyto-réaction + 3.598, positive.

Du 7 avril 1938 au 9 mai, reçoit 4 gr. 90 de néo. Le 15 avril, l'ulcération du petit doigt de la main droite est en voie de cicatrisation.

Le 18 avril 1938, l'ulcération du petit doigt se cicatrise et au médius l'ulcération tend à se fermer.

Les troubles trophiques cutanés sont améliorés; le nez ne coule plus, l'état général du malade est meilleur.

A la sixième piqûre de néo, cicatrisation des lésions cutanées.

Le 3 mai, semis lichénien sur le dos et le ventre.
3 mai, recherche de bacille de Hansen positive.

Le 3 juin 1938, après un mois de repos leucocyto-réaction-crysalbine : 0.05.

Avant : 5.140; 2 heures après l'injection : 4.636; leucocyto-réaction indifférente = — 514.

Remis au néo le 8 juin, reçoit jusqu'au 15 juillet 1938, 5 gr. 25 de néo.

Le 15 juin, apparition d'une ulcération à la partie

haute et antérieure de l'oreille droite. Elle commence à se cicatriser le 27 juin (4^e néo).

Le 11 juillet, cicatrisation presque complète.

Le 18 juillet 1938, cicatrisation terminée.

Le 27 août, après un mois de repos : leucocyto-réaction-crisalbine : 0.05.

Avant 4.113; 2 heures après l'injection : 7.193; leucocyto-réaction positive + 3.084. Mis au traitement mixte (néo + crisalbine).

Du 2 au 28 septembre 1938, reçoit 914 et crisalbine en même temps : $6 \times 0,30 = 1$ gr. 80 de néo et 0 gr. 30 ($6 \times 0,05$) de crisalbine.

Le 23 septembre, recherche du bacille de Koch dans les selles négative (méthode Vernot et Moreau).

Le 26 septembre, retourne à P...

Revu le 19 octobre, le nez ne coule plus, le pousse diminue de grosseur.

Le 4 novembre, remis au traitement mixte, reçoit jusqu'au 25^e novembre : 5×0.05 de crisalbine et $5 \times 0,30$ de néo.

Après la deuxième piqûre, le nez a coulé.

Le 18 janvier 1939, la main droite reste toujours plus grosse que la main gauche. Le nez coule de temps en temps. Bon état général, tout reste cicatrisé.

B.-W. (————) index 1/2; Vernes $\Sigma = 0$.

Le 23 janvier 1939, bacille de Hansen positif dans la sécrétion nasale.

Biopsie : papules, résultat négatif.

Le 23 janvier 1939, reçoit 5 autres néo à 0,30 et 5 crisalbine à 0.05.

Le 1^{er} mars, *recherche de bacille de Hansen négative dans les sécrétions nasales pour la première fois.*

8 mars, bon état général. En repos pour un mois.

Le lundi 27 mars 1938, nous examinons à nouveau le malade.

Le malade ignore sa maladie. Mais comme il nous connaît mieux, il nous apprend qu'en 1932, il avait eu des glandes derrière les oreilles.

Que pendant l'hiver 1936, il a eu des engelures aux oreilles et est allé consulter le Docteur Gueut.

Il ajoute avoir eu, vers cette date, des fourmillements, notamment dans les deux membres inférieurs, des « rhumatismes » (?) dans les lombes, et fait curieux, il avait quelquefois l'impression de « gouttes d'eau chaude » qui lui tombaient sur la peau.

Ce symptôme était devenu presque quotidien, vers la fin de 1937 et le début de 1938. Il vint consulter le 30 mars 1938 à Brest. Il avait également, nous dit-il, « des sensations comme une main qui se posait sur le dos ou sur les épaules, plusieurs fois, je me retournais et il n'y avait personne. »

Examen physique.

Réflexes rotuliens un peu vifs; tricipital normal (à droite et à gauche), pas de Babinski.

L'anesthésie des régions atteintes n'existe pour ainsi dire plus; léger retard cependant dans la perception du chaud et du froid.

Sensibilité profonde conservée. La pression des masses musculaires est assez douloureuse.

Le nerf cubital des deux côtés (tiers inférieur du

bras) présente quelques nodules comme de petits pois (ils étaient en 1938, quand il vint nous consulter, comme des noisettes).

Aux nerfs du membre inférieur : rien.

En arrière des oreilles, on ne sent pas de nodosités sur la branche auriculaire du plexus cervical superficiel.

Le 27 mars, en repos depuis trois semaines.

Recherche du bacille de Hansen dans les sécrétions nasales : positive.

Nous-même avons pris le malade à cette époque.

Il reçoit du 17 avril au 24 mai : sept néo à 0,30 et 7 $\times$ 0,05 crisalbine. Repos : un mois.

Nous faisons une autre série mixte du 26 juin jusqu'au 26 juillet : 5 $\times$ 0,30 néo, 5 $\times$ 0,35 crisalbine, puis le malade est laissé au repos.

Le malade revient nous voir le 7 septembre 1939, il s'est fait une fracture au poignet; le 26 septembre 1939, la fracture était consolidée, on l'examine à nouveau : Les doigts, les orteils et le thorax ne présentent toujours aucune lésion; la nodosité sur la joue est aplatie, seule une coloration bleutée en signe la place; le pouce lui-même est revenu à l'état normal. A cette époque, le malade n'est plus en traitement, et nous quittons le service pour l'armée.

Revu le malade pour la dernière fois le 2 décembre 1939 (permission de 24 heures).

Dans l'intervalle, le malade s'est fait une blessure au cours de son travail à la face dorsale de la main gauche, blessure qui a guéri normalement.

A ce jour . 2 décembre, nous avons pu constater que la cicatrisation de toutes les lésions cutanées s'était maintenue; le nodule de la joue que nous avons vu encore globuleux n'a plus conservé qu'une légère coloration un peu plus rosée que le reste de la figure; la lésion biopsiée de l'épaule gauche est remplacée par une petite nodosité^e légèrement chéloïdienne; le nez ne coule plus; nous avons pratiqué ce jour un frottis dans la narine droite. Résultats : Rares bacilles acido-résistants, déformés non caractéristiques.

Le malade, gros buveur, actuellement cimentier au port, est en excellent état de santé et n'a pas maigri.

RADIOGRAPHIES OSSEUSES

9 Avril 1938. *Pied droit* : Raréfaction de la phalange basale du deuxième orteil droit avec décalcification irrégulière; géodes au niveau de la phalange base (épiphyse distale).

Pied gauche. Processus raréfiant irrégulier, modéré au premier orteil, et plus net à l'extrémité unguéale et à l'épiphyse distale de la phalange du deuxième orteil.

20 Septembre. *Pied droit* : mêmes images au niveau du deuxième orteil; images analogues nouvelles au niveau du troisième orteil.

Pied gauche : le processus raréfiant irrégulier s'est accentuée au niveau du gros orteil (extrémité unguéale et surtout phalange).

9 Avril 1938. *Main droite. Pouce* : décalcification irrégulière mouchetée, importante au niveau des épiphyses de l'articulation phalangino-phalangettienne, avec fort épaissement des parties molles sus-jacentes.

Médius : à la phalangette et *auriculaire*, au niveau de la phalangine, on voit un processus raréfiant irrégulier, en géode vers le milieu de l'os, avec au contraire exubérance ostéo-périostique à la base de la phalangette et de la phalangine.

La phalange basale de l'*auriculaire* montre un amincissement de la texture, tandis que les parties molles sus-jacentes sont fortement épaissies.

3 mai. — Images sans différence notable.

20 septembre. — Images sans différence notable.

21 novembre. — L'image du pouce est comparable.

30 novembre 1939. — Amélioration considérable.

RADIOGRAPHIE PULMONAIRE

17 mai 1938. — Pommelures, marbrures et mie de pain dans toute l'étendue des deux champs pulmonaires, plus discrètes à gauche, surtout dans la moitié inférieure : Images d'infiltration totale des deux poumons.

16 juillet. — Mêmes images, un peu plus nettement délimitées et moins diffuses.

19 septembre. — L'extension des images pommelées et marbrées est encore un peu diminuée, tandis que se précisent des images scléreuses hilaires et para-hilaires.

21 novembre. — Images très comparables à celles du 19 septembre. Les images parenchymateuses sont peut-être encore un peu moins marquées, surtout dans le tiers supérieur (des deux côtés).

30 novembre 1939. — L'amélioration devient de plus en plus sensible.

Voilà donc l'observation du malade. Il s'agit bien d'une lèpre autochtone; on a trouvé des bacilles maintes et maintes fois. Le malade ne présente aucun stigmate clinique ou sérologique de syphilis.

TRAITEMENT APPLIQUE

Le malade est jeune, vigoureux; le 914 est le remède choisi pour l'épreuve leucocytaire.

Le 7 avril 1938, l'épreuve est positive. Comment va évoluer la lèpre sous l'influence de ce remède?

Nous savons, pour l'avoir vu dans la syphilis, et dans d'autres affections cutanées où l'on procédait de la même façon, que deux éventualités peuvent se produire : s'il s'agit d'une syphilis, les lésions disparaissent après l'application de cette syphilitique; s'il s'agit de manifestations cutanées ayant une autre étiologie, la disparition n'est pas la règle, il peut y avoir amélioration ou aucune modification.

Dans notre cas de lèpre que s'est-il passé? Les lésions ulcéreuses de l'oreille, des mains et des pieds se sont améliorées, en outre il y eut apparition d'un semis lichénien sur le dos. Après la série de 4 gr. 90 de néo, les troubles ulcéreux, trophiques, sont cica-

trisés. Trois semaines après, l'épreuve au sel d'or est recherchée, mais elle se montre négative.

Nous savons, pour avoir observé des faits analogues dans le service, que l'amélioration par l'anti-syphilitique dans les manifestations cutanées n'est souvent que passagère, c'est ce qui se passa chez notre lépreux.

A la suite du traitement anti-syphilitique, les ulcérations de l'oreille réapparurent après la deuxième injection de la deuxième série de néo; la cicatrisation ne commença qu'à la quatrième injection et se termina à la fin de la série.

Un mois après, une nouvelle épreuve à l'or est faite pour voir si la réactivation par les antisiphilitiques est obtenue pour le sel aurique. La positivité leucocytaire est de 3084.

A partir de ce moment, le malade va être soumis au traitement mixte et, dès l'emploi de cette thérapeutique, les lésions qui n'avaient pas cédé au traitement anti-syphilitique vont subir progressivement des améliorations. Pour le gros nodule de la joue, il a fallu employer l'artifice habituellement appliqué dans les tuberculoses cutanées, c'est-à-dire légers petits grattages ou plutôt légères abrasions de la peau violinée, pelure d'oignon, qui recouvrait la tumeur.

Le traitement mixte institué a été appliqué suivant la méthode que l'on a coutume de faire dans le service : par séries de 5-6 injections doubles à petites doses pour l'anti-syphilitique et à très petites doses pour le sel d'or : 5 à 10 ctgr.

Nous allons donner ici un tableau récapitulatif du traitement suivi avec les résultats des examens correspondants jusqu'à ce jour, 2 décembre. Nous avons relevé ce traitement lors de notre passage à Brest, dans le service.

TABLEAU DU TRAITEMENT SUIVI ET RESULTATS DES EXAMENS CORRESPONDANTS

7 avril 1938. — Leucocyto-réaction au néo :

Avant l'injection : 7.196; deux heures après : 10.794 = + 3.598.

7 avril au 9 mai 1938 :

Reçoit Néo : 4 gr. 90.

Repos : un mois.

8 avril 1938. — Biopsie d'un élément maculeux de la peau.

Ex. bactériologique : néant.

8 avril 1938. — Présence de B. de Hansen dans les sécrétions nasales.

12 avril 1938. — Présence de nombreux B. de Hansen dans les mêmes sécrétions.

3 mai 1938. — Présence de B. de Hansen dans les sécrétions nasales.

28 mai 1938. — Recherche de B. de Hansen :

Pus de l'oreille : négative.

Papules du corps : négative.

3 juin 1938. — Leucocyto-réaction :

Crisalbine à 0,05 :

Avant l'injection : 5.150; après : 4.636 = — 514.

8 juin au 15 juillet 1938 :

Reçoit Néo : 5 gr. 26.

Repos : un mois.

27 août 1938. — Leucocyto-crisalbine à 0,05 :

Avant l'injection : 4.113; après : 7.193 = + 3.084.

2 septembre au 28 septembre :

Reçoit Néo : 1 gr. 80 (6 × 0,30).

Crisalbine : 0 gr. 30 (6 × 0,05).

Repos : un mois.

4 novembre au 25 novembre :

Reçoit Néo : 1 gr. 50 (5 × 0,30).

Crisalbine : 0 gr. 25 (5 × 0,05).

Repos : un mois.

23 janvier au 1^{er} mars :

Reçoit Néo : 1 gr. 50 (5 × 0,30).

Crisalbine : 0 gr. 25 (5 × 0,05).

Repos : un mois.

17 avril au 24 mai :

Reçoit Néo : 2 gr. 10 (7 × 0,30).

Crisalbine : 0 gr. 25 (7 × 0,05).

Repos : un mois.

26 juin au 26 juillet :

Reçoit Néo : 1 gr. 50 (5 × 0,30).

Crisalbine : 0 gr. 25 (5 × 0,05).

23 septembre 1938. — Recherche du B. de Koch dans les selles : négative.

23 janvier 1939. — Présence de B. de Hansen dans les sécrétions nasales.

1^{er} mars 1939. — Absence de B. de Hansen dans les sécrétions nasales.

27 mars 1939. — Présence de rares B. de Hansen dans les sécrétions nasales.

26 avril 1939. — Absence de B. de Hansen dans les sécrétions nasales.

15 novembre 1939. — Présence de rares B. de Hansen dans les sécrétions nasales.

CHAPITRE III

Ce traitement a donné de bons résultats et c'est là le point important : mais l'institution de ce traitement mériterait d'être discutée longuement. Nous ne sommes pas dermatologiste et il serait audacieux de notre part d'essayer même d'entreprendre cette discussion.

Si la thérapeutique par les anti-syphilitiques et les sels d'or a été appliquée à ce malade, il y a à cela, dit le Docteur Gouin, des raisons d'ordre général : la lèpre a des réactions analogues à celles que présentent diverses affections, telles que la syphilis, la tuberculose cutanée et nombre de dermatoses à étiologie déterminée.

Le traitement a été basé :

1° Sur les similitudes réactionnelles de la lèpre et de différentes manifestations cutanées.

2° Sur les résultats thérapeutiques, succès et échecs, observés dans la lèpre par les traitements anti-syphilitiques et les traitements auriques.

I. — SIMILITUDES REACTIONNELLES

Si l'on observait plus de cas de lèpre, ces similitudes réactionnelles en comparaison avec d'autres der-

matoses seraient plus manifestes. Malgré la rareté des faits, il est néanmoins possible dans la littérature médicale de relever quelques-unes de ces similitudes.

On a signalé, pour les phénomènes d'apparition de la lèpre, que le Salvarsan, après avoir donné une erythrodermie, avait été cause de l'apparition de la lèpre. Le Professeur Gougerot a même signalé, en 1938, l'apparition d'éléments lépreux aux points d'inoculation d'intra-dermo réactions à la tuberculine. Comme en syphilis, en tuberculose et en beaucoup d'autres manifestations cutanées à étiologie connue ou imprécise, le traumatisme intervient aussi pour faire apparaître la lèpre. (Gougerot, *Ann. Derm.*, 1929.)

Les maladies intercurrentes sont, on le sait, également causes de l'apparition de la maladie; inversement, les affections intercurrentes peuvent faire disparaître l'éruption lépreuse. Jeanselme cite la disparition d'une lèpre après variole. Et le Professeur Gougerot, dans la *Pratique Dermatologique*, écrit : « On a cité des guérisons après typhus, rougeole, érythème noueux fébrile, pneumonie... Withol cite une lèpre datant de cinq ans, qui, en dix jours après un érysipèle faciale, eut une amélioration frappante ».

Ces réactions de la maladie déjà frappante en l'absence d'intervention thérapeutique, le sont encore plus quand la lèpre est soumise aux agents physiques, biologiques et chimiques. Voici une curieuse expérience que notre Maître a faite : Il soumit à la radiothérapie sympathique dorsale haute une lèpre tuberculeuse généralisée et il observa les mêmes phéno-

mènes réactionnels que dans la syphilis, le lichen plan, l'érythème polymorphe... c'est-à-dire une réaction d'Herxheimer : augmentation de volume des lésions lépreuses, turgescence, augmentation même du nombre. La réaction dura 24 heures, puis une amélioration se produisit. Il se passait donc, en lèpre, ce qu'il a l'habitude d'observer à des degrés variables, soit expérimentalement, soit dans un but thérapeutique, dans la syphilis, le lichen plan, l'érythème polymorphe, etc...

D'autres observateurs ont mentionné des phénomènes réactionnels de la lèpre du même ordre; et, dans nos notes prises dans le service, nous trouvons les faits signalés par Ravaut dans une communication ayant pour titre : *Essais d'autodermothérapie par l'électrocoagulation*. Présentation de 2 malades atteints de psoriasis traités par cette méthode. (Société de Dermatologie, 1925). Ravaut a constaté, chez une malade atteinte de papules lépreuses du dos du pied, la disparition des macules à la suite de séances d'électrocoagulation, mais, dit-il, « ce qui me frappa, c'est que des lésions voisines s'effacèrent avant qu'elles ne fussent traitées ». Et il poursuit : « Plus récemment, Paldrock a publié qu'à la suite du traitement de nodules lépreux par la neige carbonique, d'autres lésions avaient disparu ». A ce sujet, l'auteur fait un rapprochement de ce qui se passe avec n'importe quelle thérapeutique faite dans les mêmes conditions chez des malades atteints de verrues; il rappelle le cas du Docteur Darier, qui s'est produit dans

le nævocarcinome, et ajoute que pareil fait s'est produit dans le psoriasis. Par conséquent, la lèpre réagit à la radiothérapie sympathique, à l'électrocoagulation, à la neige carbonique, en un mot à de multiples traitements, de la même façon que font les syphilis, les lichens plans, les psoriasis, etc...

D'autres faits biologiques montrent encore des similitudes réactionnelles de la lèpre, avec de multiples affections cutanées. C'est M. Sézary qui rapporte l'action de l'autohémothérapie dans 7 cas de lèpre :

A côté de ces raisons d'ordre réactionnel par des agents physiques ou par des thérapeutiques de désensibilisation, dont il nous est impossible d'étendre les exemples, puisque nous n'avons que des notes à notre disposition, il existe encore des thérapeutiques anti-infectieuses : anti-syphilitiques et sels d'or; thérapeutiques utilisées dans la lèpre et qui, par ce fait, établissent une parenté réactionnelle des agents thérapeutiques entre la maladie de Hansen et celle de Koch et de Schaudin.

Il est intéressant de constater qu'avant 1857, les médecins de l'école dermatologique française, dit le Docteur Gouin, dans les notes que nous avons prises, employaient dans l'éléphantiasis des Grecs, c'est-à-dire dans la lèpre, les mercuriaux, soit seuls, soit associés à l'iodure de potassium. Depuis, l'huile de chaulmoogra employée par Emile Vidal et Hallopeau, on délaissa un peu le mercure. Les avis sur les résultats obtenus variaient, il va de soi, suivant Devergie, Bielt, Elhers, Hassan. Plus près de nous, Gaucher,

dans les lèpres fébriles, employait le cyanure, ainsi que Brocq, et Hopkins utilisait le mercurochrome. Actuellement, le mercure est remplacé par les arsénobenzols (arsénobenzène de Pomaret). Le bismuth, dès 1923, fut employé par Palmer, puis également par Landschafal (*Annales de Dermatologie*, février 1923.)

Tous ces anti-syphilitiques étaient administrés dans la lèpre, à cause de la fréquence de la syphilis chez les lépreux et non comme agents spécifiques de la lèpre.

L'avènement de l'ère sérologique vint modifier les idées sur les rapports de la lèpre et de la syphilis. Voici comment Milian comprend la question :

« On décrit chez les lépreux, des symptômes qui
« sont communs à la lèpre et à la syphilis : les hy-
« perostoses, l'effondrement de la base du nez, les
« glossites, les lésions artérielles. Il est souvent diffi-
« cile, sur le vivant, d'attribuer, par la clinique seule,
« ces symptômes à l'une ou l'autre maladie. La réac-
« tion de Wasserman est un symptôme analogue aux
« précédents et qui, conformément à l'avis de séro-
« logistes d'aujourd'hui, relève vraisemblablement
« d'une syphilis concomitante. La symbiose syphili-
« tico-lépreuse rend compte des succès partiels obte-
« nus par certains médecins en traitant des lépreux
« par les arsenicaux employés contre la syphilis, soit
« qu'il s'agisse de lésions syphilitiques prises pour de
« la lèpre, soit qu'il s'agisse de lésions guéries par
« hétérothérapie ».

II. — SIMILITUDES THERAPEUTIQUES

Si, maintenant, nous recherchons quelles SIMILITUDES THÉRAPEUTIQUES, la lèpre présente avec la tuberculose: chose paradoxale, il y en a peu.

On n'a presque pas utilisé les médications générales contre la tuberculose dans la lèpre, et, cependant, nous retrouvons dans nos notes la phrase que le Docteur Gouin nous rapporte d'Ehlers: « J'ai comparé la lèpre avec la syphilis et la tuberculose, trois sœurs d'une famille, l'une plus laide que l'autre, mais présentant toutes des traits de ressemblance ».

Il est banal, en effet, de rappeler que le bacille de Hansen ressemble au bacille de Koch et que les lésions que l'un et l'autre provoquent au niveau des téguments des lésions qui peuvent se ressembler de façon frappante, rendant le diagnostic très difficile. Bien plus, la ressemblance peut s'étendre au plan histologique et l'on décrit une lèpre « tuberculoïde », dont le Professeur Gougerot a pu dire : « Par définition, les lésions ont la structure de la tuberculose ». Cette forme tuberculoïde décèle donc une parenté plus intime encore entre ces deux affections.

Jusque dans ses manifestations du début, la lèpre peut prendre le masque de la tuberculose et l'on cite maintenant des cas de lèpre qui, comme la tuberculose, se sont manifestés sous forme d'érythème noueux.

En résumé, parenté morphologique des deux bacilles, parenté morphologique des lésions maserosco-

piques et quelquefois histologiques, mode d'invasion parfois semblable.

Malgré tous ces rapprochements, la parenté thérapeutique manque : On n'a pas l'habitude de soigner la lèpre par les traitements anti-tuberculeux. Quelques essais ont été tentés avec les vaccins anti-tuberculeux et les sels d'or, mais ils n'ont pas été poursuivis.

A) VACCINS.

La vieille tuberculine de Koch a été utilisée; Bourgeois et Tsatarani ont employé également des bacilles de Koch. Mais c'est surtout l'antigène méthylique qui a été employé. Gougerot signale que Peyre a eu 2 améliorations, et Girard et Ducros ont eu 5 échecs sur 6 lépreux soignés. Le B. C. G. (Calmette-Guérin) a été essayé par Pons et Chastel. Enfin, chose curieuse, Mme Delanoé a associé du B. C. G. intra-musculaire et du 914 intra-veineux, nous ne savons pas les résultats obtenus par ce traitement mixte.

Il faut croire que les résultats ont été peu encourageants puisque les tentatives n'ont pas été poursuivies.

B) CHRYSOTHÉRAPIE.

En France, M. Sézary fait à la Société de Dermatologie (1929), une communication sur « le traitement de la lèpre par les sels d'or ».

« Nous avons été incité, dit l'auteur, à faire cette

thérapeutique en considérant la parenté bactériologique qui existe entre le B. de Koch et le B. de Hansen ». Trois lépreux font l'objet de cette note. Dans le premier cas, il y eut un résultat : « L'on fit diminuer de volume les tubercules » ; dans le deuxième, « nous avons vu une poussée évolutive coïncider avec un traitement par injection intra-veineuse de crislaline » ; la même remarque est faite pour le troisième lépreux. Mais, ajoute M. Sézary, à la fin de la communication, « les lésions et l'état général des deux dernières ont été améliorés ». Dans la discussion qui suivit, le Docteur Boursier signale qu'il a traité trois cas de lèpre par les sels d'or et qu'il n'a pas eu de bon résultats. En France, il ne nous semble pas que, depuis, l'or ait été essayé dans la lèpre, et l'on est obligé d'arriver au paradoxe suivant : s'il y a similitude morphologique des deux bacilles et souvent similitude morphologique des lésions histologiques et macroscopiques, il n'y a aucune similitude thérapeutique.

En résumé, dans la thérapeutique de la lèpre, les anti-syphilitiques, surtout les arsenicaux, sont utilisés comme adjuvants, les anti-tuberculeux le sont peu ou pas du tout.

Raisons particulières qui, dans notre cas de lèpre, nous ont fait choisir les anti-syphilitiques et les sels d'or.

Nous venons d'esquisser, dans les deux paragraphes précédents, les différentes parentés qui existent entre la lèpre, la syphilis et la tuberculose. Ce sont toutes ces analogies qui ont fait penser à notre chef

de service que, si les anti-syphilitiques et les sels d'or étaient judicieusement administrés dans la lèpre, ils pouvaient donner des résultats.

Nous avons été six mois dans le service ; nous avons vu rechercher avec soin les réactions que déterminent les antisyphilitiques et les sels d'or dans la tuberculose cutanée, les tuberculides, le lupus érythémateux, le psoriasis, l'érythème polymorphe, la pelade ; nous avons pu voir les bons résultats que donnent ces thérapeutiques employées simultanément dans ces affections. Bien plus, ce traitement a été appliqué avec des résultats stupéfiants dans le panaris de Morvan. On peut dire que dans le service on attendait notre cas de lèpre.

Il est certain que chez notre malade il n'a pas suffi de prendre n'importe quel antisyphilitique et n'importe quel sel d'or et de les injecter le même jour au malade.

Dans le service on étalonne toujours le remède suivant la pratique de la leucocyto-réaction ; c'est ce qui a été fait chez notre lépreux.

Quand il s'agit d'appliquer un traitement mixte antisyphilitique et sels d'or on ne fait pas le sel d'or et l'antisyphilitique sans que l'un et l'autre ait donné chacun séparément une leucocyto-réaction positive. On a commencé par un antisyphilitique, en l'espèce le 914.

En effet, le sel d'or, même en tuberculose cutanée, ne donne pas toujours d'emblée une leucocytoréaction positive, mais il finit toujours par la donner chez

un tuberculeux après une ou plusieurs séries d'un antisiphilitique étalonné. On peut dire qu'il y a moitié positif d'emblée, moitié positif après réactivation.

Chez notre lépreux on a procédé ainsi à une réactivation. On entend par là : réactivation d'un sel d'or par l'emploi d'un antisiphilitique qui, lui, a donné une leucocytoréaction positive, alors que le sel d'or avait donné une leuco négative.

Comme il arrive parfois pour les traitements mixtes, dans les autres affections cutanées : tuberculides, psoriasis, pelades, lupus érythémateux..., avant d'utiliser les sels d'or chez le lépreux, il a fallu procéder à deux séries de réactivation pour permettre de déceler l'acceptation par l'organisme d'une thérapeutique aurique.

Ce n'est qu'en possession de deux remèdes ayant donné chacun pour leur propre compte une positivité leucocytaire, que les deux remèdes ont été employés simultanément.

Nous n'avons pas l'audace de donner pour traitement général de la lèpre celui qui a été fait à notre malade, mais les résultats obtenus nous ont paru mériter d'être rapportés.

CONCLUSIONS

Les conclusions de notre travail seront de trois ordres :

- d'ordre historique;
- d'ordre diagnostique;
- d'ordre thérapeutique.

I) D'ORDRE HISTORIQUE.

La lèpre a officiellement disparu en Bretagne depuis le ^{xvii}^e siècle et il n'en est plus fait mention dans les livres classiques jusqu'en 1892.

En 1892, Zambaco Pacha, de passage en Bretagne, redécouvrit la lèpre et, depuis ce moment, il est d'usage de dire que la Bretagne est un pays à lèpre, au même titre que les côtes méditerranéennes.

Or Zambaco a trouvé en Bretagne deux lépreux (lèpres non autochtones). Outre ces deux cas, on a signalé depuis le lépreux de Jeanselme, probablement autochtone; le lépreux de Loussot-Netter, autochtone; les trois lépreux autochtones du Docteur Gouin, dont deux à bacilles, et les deux cas discutables du Docteur Laferre, lèpres probables sans bacilles.

En tout, cinq cas autochtones certains et deux cas douteux, cela pour une durée de quarante-sept ans. La lèpre ne semble donc pas être plus fréquente en Bretagne que dans les autres provinces de France.

II) D'ORDRE DIAGNOSTIQUE.

Il s'agit d'un cas de lèpre certain, les examens cliniques et bactériologiques en sont une preuve. Il s'agit d'une lèpre « autochtone ».

III) D'ORDRE THÉRAPEUTIQUE.

A) *Résultats.*

a) Sur les lésions : Le traitement a guéri les lésions externes nodulaires et ulcéreuses, les troubles trophiques, les lésions nerveuses et les troubles sensitifs. Etat qui se maintient intégralement depuis plus d'un an;

b) *Sur les bacilles* : Depuis le traitement mixte, les bacilles qui se trouvaient dans chaque lame en véritables globi ne sont plus qu'à l'état isolé et leur présence est inconstante.

B) *Technique.*

Ces résultats ont été obtenus en appliquant la technique que le Docteur Gouin a créé pour d'autres affections sous le nom de « traitement mixte simultané » : c'est l'emploi, dans la même séance, d'un antisypilitique et d'un sel d'or qui ont donné chacun séparément une leucocytoréaction positive.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
GOUGEROT

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Clinique médicale de l'Hôpital Baujon (article : Maladie de Morvan, pp. 22 et 23).
- AUDRY. — Action du Dmelcos sur la lèpre. *Bull. Soc. Derm.*, 1927, p. 430.
- COMES. — Lèpre consécutive à une dermite post-salvarsanique (Lepra post-dermite salvarsanica). *Sao Paulo Medico*, 3^e année, vol. I, juin 1930, N° 2, p. 95.
- FISI et SÉBASTIANI. — Sur les formes de sarcoïdes de la lèpre : A propos d'un cas clinique. *Giornale italiano de Dermatologia*, vol. 76, fasc. 4, août 1935, p. 1029, 4 fig. bibliographie. *Ann. dermat.*, 1935.
- FOURNIER. — De la thérapeutique antisyphilitique en dermatologie. *Thèse*, Paris, 1939.
- GOUGEROT. — Traitement de la lèpre par l'aminarsénophénol (Eparséno). *Soc. Méd. des Hôp.*, 27 octobre 1922.
- Influence localisatrice d'un trauma sur la lèpre. *Bull. Soc. Derm.*, 1931, p. 1129.
- Nouvelle pratique dermatologique, t. III.
- GOUGEROT et — Réactivation des lépromes au point d'inoculation d'intradermo-réaction à la tuberculine. *Bull. Soc. Derm.*, 1938.
- GOUIN. — La lèpre en Bretagne. *Revue Française de Dermatologie et Syphiligraphie*, juin 1933.

JAMES HASSAN. — Traitement de la lèpre tubéreuse par l'amino-arsénophénol. (132). *Soc. Méd.*, 20 octobre 1932.

JEANSELME. — Action du Dmelcos sur la lèpre et guérison d'une lèpre à la suite d'une variole. *Bull. Soc. Derm.*, 1927, p. 438.

— Rapport sur la lèpre en France et dans ses colonies. (Carré et Naud, édit., 1897).

— Encyclopédie médico-chirurgicale (lèpre), 1935.

LABERNADIE (DE). — Trois cas de zonas survenus chez les lépreux en cours de traitement. *Bull. Soc. Derm.*, 1927.

LAFERRE. — Lèpre autochtone bretonne. Maladie de Morvan ou panaris analgésique. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 16 juin 1939.

LANCHA. — Traitement de la lèpre par les sels de bismuth (Tratamiento de la lépra par las sales de bismuto). *Acta Dermo-syphiligraphics*, février-mars 1933, p. 124.

LENOBLE et BARON. — Syndrome syringomyélique avec exostoses multiples ayant suppuré. Polyviscérites d'origine lépreuse. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 5 mai 1911, p. 540.

MARGAROT, RAVOISE et RIMBAUT. — Erythème noueux. Manifestation initiale d'une lèpre tubéreuse. *Bull. Soc. de Dermatologie*, 1938.

MÉRIAN. — Deux cas de lèpre avec des lésions de tuberculoïdes des tissus. *Ann. Derm.*, 1913, p. 111.

- MORVAN. — De la parésie analgésique à panaris des extrémités supérieures ou paréso-analgésiques des extrémités supérieures. *Gazette hebdomadaire*, 1883.
- PAUTRIER. — A propos d'un cas de lèpre tuberculoïde. *Bull. Soc. Derm.*, 1923, p. 79.
- PLGTEAU. — Lèpre en Bretagne et ses rapports avec le syndrome de Morvan. *Thèse*, Paris, 1904.
- PROUFF. — Un nouveau cas de paréso-analgésie. *Gazette hebdomadaire*, 15 avril 1887.
- SÉZARY. — Autohémothérapie dans la lèpre. *Bull. Soc. Derm.*, 13 février 1930.
- SÉZARY, DÉROT et CUÈDE. — Sur le traitement de la lèpre par les sels d'or. *Bull. Soc. Derm.*, 14 novembre 1929.
- TOURAINÉ et RIBADOT. — Lèpre mixte traitée par vaccinothérapie. *Bull. Soc. Derm.*, 1933.
- ZAMBACO. — Voyage chez les lépreux. Paris, 1891-1892. Masson, édit.



IMPRIMERIE SPECIALE
DE LA LIBRAIRIE
LOUIS ARNETTE

